



**SALUD E INMIGRACIÓN**

Desde el año 2000 se reconoce el derecho universal a la atención sanitaria, al margen de la situación legal de los pacientes. Esto abrió el acceso de la población inmigrante recién llegada a los servicios médicos, y sin embargo no se les dotó de los recursos necesarios para afrontar la nueva realidad. La sa-

ntidad es uno de los ámbitos donde existen más diferencias culturales y donde las dificultades derivadas de los problemas de comunicación tienen consecuencias más graves. Los profesionales reclaman servicios de mediación para atender correctamente a sus pacientes.

# La falta de recursos dificulta la atención médica a los inmigrantes

## Los centros de Terrassa no tienen mediadores para afrontar la diversidad lingüística y cultural

**Cristina Mas**

Un ginecólogo tiene que averiguar cuándo ha sido la última menstruación de su paciente, de origen marroquí. Ella no le entiende: su hijo, de 7 años, hace de intérprete. Una mujer embarazada acude por primera vez al CAP a los cinco meses y medio de gestación: ya es tarde para realizar la mayoría de pruebas. Hay que explicarle a un joven senegalés procedente de una zona rural que necesita vacunas o a una mujer argelina cómo preparar un biberón. Estos son sólo algunos ejemplos de las situaciones que se viven a diario en los CAP y hospitales de Terrassa.

En 2000 se reconoció el derecho universal a la atención médica para todos los residentes en España, al margen de su condición legal. Esto transformó la vida de los servicios sanitarios, y sin embargo, no se les dotó de los recursos necesarios para afrontar esta nueva realidad. No hay mediadores culturales, ni folletos traducidos a distintas lenguas y, sobre todo, falta tiempo. Las dotaciones de profesionales médicos y la duración de las visitas es insuficiente para todos los pacientes, también para los inmigrantes. Es el esfuerzo y la buena voluntad de médicos y enfermeras —no los recursos de la administración— lo que explica que no se hayan dado hasta ahora problemas sanitarios graves.

Ni siquiera se conoce con

exactitud qué volumen de población inmigrada atiende cada centro sanitario, puesto que hasta ahora la planificación de las dotaciones se ha hecho con los datos del padrón. Aunque la mayoría de inmigrantes sin papeles están empadronados, planificar las dotaciones a partir de las tarjetas sanitarias que se gestionan desde cada centro proporcionaría un retrato mucho más preciso del volumen de población que asume cada CAP. La libre elección de médico plantea más claramente esta necesidad.

**FALTA DE COMUNICACIÓN**

El problema más evidente es lingüístico, algo nada fácil de resolver en situaciones tan sensibles como la comunicación médico-paciente. El personal sanitario, a falta de profesionales que actúen como mediadores, busca recursos en todas partes para comprender a sus enfermos: recurren a otros pacientes o a familiares. En algunos casos hay que confiar incluso en niños de corta edad, con mayor comprensión del castellano que sus padres, gracias a la escolarización. Algunos centros tienen la suerte de contar con una administrativa de origen árabe.

La imposibilidad de un acceso directo del médico a su paciente lleva en ocasiones a la vulneración de derechos básicos, particularmente en los servicios de ginecología. «En algunos casos (pocos,



Mercedes Iglesias atiende a dos pacientes en su consulta del CAP Nord

## «Malo, malo, muy malo»

«Es muy duro para un médico encontrarse en la consulta ante un paciente procedente de otra cultura cuyo aspecto evidencia graves problemas de salud y que sólo es capaz de decir "malo, muy malo"», explica Mercedes Iglesias, del CAP Nord. Esta profesional se ha preocupado de seguir una intensa formación para comprender a sus pacientes, ha preparado un protocolo de atención y con su equipo ha solicitado rei-

teradamente un mediador cultural que nunca ha llegado. «Aunque se ha reconocido el derecho universal a la atención sanitaria, seguimos viendo casos dramáticos de sin papeles que tienen miedo de acudir al médico y vienen cuando es demasiado tarde. El año pasado una mujer ecuatoriana de 40 años vino con un cáncer terminal. Sólo tengo el consuelo de pensar que pasó sus últimos días bien atendida», lamenta. ■

pero significativos) no podemos comunicarnos con la paciente y tenemos que recurrir a su marido, que es quien acaba tomando decisiones que deberían corresponder a

la mujer, como la autorización de una cesárea», explica Jordi Sáez, jefe de ginecología de Hospital de Terrassa.

El departamento de Salud tiene un teléfono de 24 horas

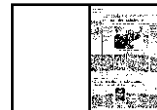
que ofrece un servicio de traducción de hasta 65 idiomas y dialectos. El año pasado atendió un total de 884 consultas, la mayoría en chino y en árabe.

## El Hospital del Mar, modelo en mediación

El Hospital del Mar de Barcelona, centro de referencia de Ciutat Vella, puso en funcionamiento en junio de 2002 un servicio de mediación cultural para facilitar la atención a la población inmigrante. Tres mediadoras con formación sanitaria se encargan de resolver las demandas de profesionales y pacientes y de diseñar las dietas de acuerdo a las distintas tradiciones culturales.

Una enfermera de origen senegalés está especializada en el Magreb y el África subsahariana, otra nacida en Rumanía trabaja con pacientes de la Europa del Este y una tercera profesional paquistaní se dedica a la población asiática. El equipo se ocupa además de formar al personal sanitario (ahora preparan un curso sobre la gestión de la mala noticia) y de abordar cuestiones sociales y de documentación. ■

El uso de material escrito, elaborado por los mismos médicos, aparte de tener serias limitaciones, es inútil para los pacientes analfabetos. «En



SÁBADO, 26 DE JUNIO DE 2004

### SALUD E INMIGRACIÓN

estos casos, hacemos lo mismo que con los ancianos del barrio que no saben leer: pintamos las pastillas para que sepan cómo tomar la medicación», comenta Helena Melarde, del CAP Est. Los profesionales intentan simplificar los tratamientos recetando monodosis. En la medida de lo posible se procura respetar el ramadán.

#### DISTANCIA CULTURAL

Pero las dificultades no son sólo idiomáticas, hay que salvar también la distancia cultural. «Tienen otra percepción de la enfermedad: la mayoría vienen cuando tienen un problema acuciante de salud que les impide trabajar; no conciben la idea de prevención», explica Jordi Jiménez, del CAP Oest, en La Maurina. «Y hay quien vive la enfermedad con mucha angustia y visita al médico en exceso, pero eso también pasa con los autóctonos».

El desconocimiento de la organización de los servicios sanitarios (por ejemplo, comprender la importancia de acudir puntualmente a las citas) y la imposibilidad de los sin papeles de pedir una baja o faltar al trabajo causan más problemas.

«Con visitas de trece minutos es difícil afrontar esto. Siempre me queda la duda de si nos hemos entendido. Necesitamos más tiempo», comenta Melarde. «No hay discriminación positiva: tratamos igual a todo el mundo. Pero es cierto que a causa de la falta de comunicación tenemos que pedir más pruebas para descartar patologías», comenta Mercedes Iglesias, médico del CAP Nord.

Además de tiempo, los profesionales piden recursos. Reclaman la figura de un mediador cultural para resolver los casos más complejos, material escrito en distintas lenguas y más herramientas de formación que les ayuden a tratar a sus pacientes.

# Una población, joven y sana, que no trae enfermedades de su país

## Hacinamiento y explotación causan más problemas que las patologías importadas

Emigrar sólo tiene sentido para los jóvenes. Los débiles ni lo intentan, o se quedan en el camino. La importación de enfermedades es mínima: es la situación que viven aquí lo que crea problemas.

#### C.M.»

«Hay más tuberculosis entre la población autóctona de Ciutat Vella que entre los inmigrantes de otros barrios de Barcelona», explica Estantisla Alonso, miembro de la Oficina de Cooperación Sanitaria con la Población Inmigrada de Catalunya. «La importación de enfermedades desde los países de origen es rara. La mayoría enferman en el viaje y por las condiciones de vida y de trabajo que se encuentran aquí», añade.

La transmisión de enfermedades endémicas de los países de origen (tuberculosis, parásitos, amebas o paludismo) se puede prevenir con un mínimo control sanitario. El equipo del CAP Terrassa Nord ha elaborado un protocolo específico para recién llegados: se someten a un chequeo general, que incluye vacunas, una radiografía de tórax para detectar tuberculosis, una analítica básica, y en función del país de origen, pruebas de sida y de hepatitis. Un médico elabora su historia clínica y una enfermera les informa sobre el funcionamiento del sistema sanitario.

Los CAP se ocupan también de actualizar las vacunas



Inmigrantes y autóctonos esperan ante el mostrador del CAP Sant Llàtzer

para la población que no las ha recibido en su país. «Hemos aprendido a interpretar carnés de vacunaciones de todo el mundo», comenta Helena Melarde, coordinadora del CAP Est, en la Gripe-Torrebonica. En caso de duda (varios profesionales coinciden en que en algunos casos, como los países de la Europa del Este, la documentación no es fiable) se aplican las dosis a modo de prevención.

#### ADAPTACIÓN

Los problemas que afrontan los inmigrantes al llegar, derivados de la ilegalidad y las condiciones económicas, así como el hecho que su organismo no está preparado para las patologías autóctonas, generan enfermedades de adaptación al nuevo entorno. An-

siedad, depresión, infecciones respiratorias, gripes, alergias, trastornos digestivos (los médicos vuelven a detectar casos de raquitismo) y lesiones musculares y óseas debidas al trabajo son los problemas más habituales.

Un informe del colegio de médicos de Barcelona publicado en octubre señala como riesgos más graves el hacinamiento y la desnutrición, y apunta como los colectivos más vulnerables a las mujeres embarazadas y los niños.

Los servicios de pediatría afrontan distintas concepciones culturales del cuidado de los pequeños. «La población marroquí tiende a prolongar la lactancia hasta los dos o tres años de vida», comenta Álvaro Díaz, el pediatra de la unidad de atención al niño inmi-

grante de Mútua de Terrassa. Otros médicos apuntan a las dificultades para pautar las dietas: «existe la costumbre de que toda la familia comparta el mismo menú y nos cuesta explicar, por ejemplo cómo disolver un biberón», comenta Melarde.

«Los padres trabajan y las madres no salen de casa: tenemos el caso de una familia con dos niños afectados de una enfermedad grave en la sangre, que sólo pueden venir acompañados de su hermana mayor», explica Díaz. El pediatra coincide también en la necesidad de un mediador cultural para afrontar estas situaciones. La unidad de Mútua, creada el año pasado, se ocupa también de la atención médica a los niños saharauis que visitan Terrassa cada verano.

### Atención a la diversidad en los servicios de ginecología

El diez por ciento de bebés nacidos el año pasado en Catalunya eran hijos de inmigrantes. El embarazo es en muchos casos el motivo del primer contacto de una mujer inmigrada con los servicios sanitarios. Es también uno de los terrenos donde existe más distancia cultural: «en muchos países del Sur, el embarazo y el parto se viven como procesos naturales, que no requieren intervención médica», comenta Rosa Martí, ginecóloga de la Consulta Sexual Jove del IMSAV. Este servicio atiende a las mujeres inmigrantes que todavía no disponen de tarjeta sanitaria y cuenta con el apoyo de Fadila Hafid, la única agente de salud de la ciudad. «Lo más difícil es la prevención de embarazos no deseados y supervisar la gestación; también la infertilidad se vive como un problema muy grave», comenta Hafid. «Es cierto que algunas mujeres musulmanas prefieren que las atienda una ginecóloga —añade—, pero esto también ocurre con pacientes autóctonas». Cristóbal Navarro, director del CAP Sant Llàtzer, explica que las peticiones de cambio de médico por este motivo siguen el curso habitual. ■

### ENTREVISTA JOSEBA ACHOTEGUI PSIQUIATRA

# «El sistema sanitario no acierta a tratar el trastorno mental de los “sin papeles”»

#### C.M.»

Emigrar es un proceso duro, pero, si se da en malas condiciones, se convierte en algo insostenible y genera trastornos mentales específicos, que hasta ahora la psiquiatría académica no había abordado. Joseba Achotegui es profesor de la facultad de psicología de la Universitat de Barcelona, lleva once años al frente del Servicio de Atención Psicopatológica y Psicosocial a Inmigrantes y Refugiados, en Barcelona, donde cada vez llegan más personas afectadas por lo que él y su equipo han descrito como el Síndrome de Ulises.

Pocas cosas en la vida suponen tantos cambios como la emigración. Hablamos de «duelo migratorio», porque se produce una situación de pérdida, en la que el migrante tiene que replanteárselo todo. Se parece a la muerte de un ser querido, pero es más complejo, porque el país de origen no desaparece: siempre se puede volver atrás. Sin embargo, si eso se da en buenas condiciones, es fácil de superar: hay que recordar que emigra la gente joven, fuerte, con ganas de salir adelante. Los ancianos ni lo intentan. Los problemas aparecen cuando el medio es



Joseba Achotegui

hostil, y el que encuentran aquí lo es cada vez más.

#### ¿Síndrome de Ulises?

Es un conjunto de síntomas psicológicos que afecta a in-

migrantes sometidos a una situación extrema. Inmigrantes sin papeles, que no pueden traer a la familia, ni acceder al mercado de trabajo en buenas condiciones, que han pasado miedo en la patera y temen ser expulsados.

«¿Cuáles son los síntomas? Todo esto, vivido durante mucho tiempo, con poco apoyo social, da lugar a una mezcla de ansiedad y depresión. Esta tensión se somatiza en forma de dolor de cabeza o insomnio. A menudo las interpretaciones se ligan a la cultura de origen, con explicaciones de tipo mágico.

Cuando una persona está bajo un gran estrés se desorganiza, comete errores y esto le supone más problemas.

#### Cómo en la Odissea.

Por eso utilizamos la imagen de Ulises: un hombre que está perdido, no ve salida, se encuentra solo, lejos de los seres queridos y sufre innumerables dificultades. La vida de los inmigrantes de hoy se parece mucho a esto.

#### ¿Cuál es el tratamiento?

Hay que intervenir a muchos niveles, con terapias que puedan sacar todo este sufrimiento, terapias de orienta-

ción y un tratamiento psicosocial, favorecer la socialización, hacer ejercicio, higiene del sueño y pautar determinados fármacos.

¿El sistema sanitario acierta con este paciente? No mucho. Los prejuicios generan un cierto desprecio hacia el sufrimiento de los síntomas de los inmigrantes. Ocurre lo mismo que antes con los trastornos psicológicos de la mujer: muchos decían que la fibromialgia era una quimera y después se probó lo contrario. Otros profesionales que trabajan de buena fe desconocen el síndrome y pautan tratamientos inadecuados. Se les trata como depresivos, psicóticos, o como somáticos. Esto supone todavía más problemas y genera además un gasto inútil en fármacos y pruebas.